**Dane osoby zgłaszającej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................................(imię i nazwisko)...............................................................(PESEL)...............................................................(adres zamieszkania)...............................................................(adres email)...............................................................(tel. kontaktowy) |  | ................................................... (miejscowość i data) |

**WÓJT GMINY Dąbrówka**

ul. Tadeusza Kościuszki 14

05-252 Dąbrówka

**Zgłoszenie chęci skorzystania z usług tłumacza PJM\***

Na podstawie art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824) zgłaszam chęć skorzystania z świadczenia w postaci usług tłumacza, następującej metody komunikowania się\*\*:

* polski język migowy (PJM);
* system językowo-migowy (SJM);
* system komunikowana się osób głuchoniewidomych (SKOGN),

w celu załatwienia w Urzędzie Gminy Dąbrówka następującej sprawy:

………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Proponowana data i godzina wizyty w Urzędzie…………………………….………………………....… lub

wskazanie daty i godziny spotkania oraz komunikatora internetowego za pomocą którego spotkanie miałoby odbyć się na odległość ………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz.573 z późn. zm.).

......................................................

 (podpis osoby zgłaszającej)